

АКТУАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИССОЦИАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЕЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В. Н. Семенов

В статье отражено историческое развитие и современное состояние проблемы диссоциального расстройства личности. В обобщенной форме представлены основные направления и результаты научных исследований диссоциального расстройства личности.

Ключевые слова: *психопатия, социопатия, расстройство личности, антисоциальное расстройство личности, диссоциальное расстройство личности.*

Несмотря на более чем вековую историю исследования такой нозологической группы, как психопатии (в современной терминологии – расстройства зрелой личности), у специалистов в области естественных и гуманитарных наук остается множество дискуссионных вопросов, связанных с пониманием масштабов распространенности данной формы психической аномалии в

популяции, различных возрастных, социальных и этнических группах; условий ее возникновения и развития; путей ее профилактики и лечения; характера и причин криминального поведения лиц с расстройствами личности и критериев экспертной оценки при судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизах. Проблемные и дискуссионные вопросы, возникающие у любого исследователя расстройств личности (далее – РЛ), не утрачивают своей актуальности при переходе к рассмотрению отдельных форм РЛ и составляют основные направления научного поиска. Каждая из форм РЛ характеризуется определенной историей исследования и уровнем научной разработанности. Однако продолжительность изучения отдельных форм РЛ не всегда положительно коррелирует с уровнем их научного осмысления. Диссоциальное расстройство личности (далее – ДРЛ) на сегодняшний момент относится к одной из таких форм РЛ.

Одним из первых прототипов ДРЛ можно считать описание патологического состояния – *moral insanity*, данное английским психиатром Дж. Причардом в 1835 г. [1; 2; 3; 4]. По сути *moral insanity* являлось группой врожденных дегенеративных психических расстройств, характеризовавшихся следующими чертами: отсутствие нравственных чувств, частичная «эмоциональная тупость», преобладание инстинктивной жизни, нарушение саморегуляции, лживость, неспособность к регулярному труду (лень), демонстративность, сохранный интеллект. Благодаря Дж. Причарду произошло выделение психических аномалий, главной чертой которых являлось наличие грубых эмоционально-волевых нарушений при отсутствии психотических и интеллектуальных расстройств [1; 2; 3; 4].

В 1890 г. К. Кальбаум было описано особое патологическое состояние – гебоидофрения, для которого были характерны следующие проявления: расторможенность примитивных влечений, отсутствие или значительное недоразвитие высших чувств, отсутствие чувства жалости и сострадания, эгоцентричность, оппозиционность в отношении общепринятых норм, склонность к асоциальным поступкам и утрата интереса к любой продуктивной деятельности. В отечественной психиатрии вместо термина «гебоидофрения» использовался термин «гебоидный синдром». Гебоидный синдром традиционно рассматривался отечественными психиатрами как этап в динамике психопатий возбудимого типа или шизофрении [5].

Дальнейшее развитие научных представлений о ДРЛ происходило благодаря появлению национальных классификационных схем психических расстройств, способствовавших дифференцированному описанию различных психопатологических состояний. В 1915 г. в своей классификации психических расстройств Э. Крепелин описал группу патологических личностей, у которых наблюдались: неустойчивость воли, недостаточное развитие моральных чувств, когнитивная сохранность [6]. В качестве особого варианта

патологических личностей он выделял «патологических преступников», которые, в конечном счете, превращаются в безнадежных преступников-рецидивистов. Описание двух типов патологических преступников – бездушные враги общества и врожденные мошенники – позволяет также считать их историческими прототипами ДРЛ. Э. Крепелин к основным чертам патологических преступников относил: безнравственность, беспорядочность жизни, неспособность к продолжительной и систематической деятельности, быструю пресыщаемость (скуку), потребность в переменах, демонстративность, отсутствие чувства вины, нормальный интеллект. Э. Крепелин указывал на врожденный и дегенеративный характер патологической преступности. Примерно в это же время Ч. Ломброзо была разработана одна из первых классификаций преступников, в которой им была выделена группа прирожденных преступников [1; 3; 8]. У прирожденных преступников помимо анатомо-физиологических признаков наблюдались следующие патологические личностные черты: отсутствие раскаяния и угрызений совести, цинизм, тщеславие, мстительность, жестокость. В классификациях Э. Крепелин и Ч. Ломброзо произошло первое отождествление прототипов ДРЛ с преступным поведением. Впервые использованный немецким психиатром И. Кохом в 1891–1904 гг. термин «психопатические неполноценности» положил начало двум направлениям развития представлений о психопатии [3; 9; 10; 11]. Первая линия развития данного понятия, представленная англо-американской психиатрической традицией, была связана с постепенным сужением значения термина «психопатия» и применением его для обозначения особого РЛ. Второе направление развития термина «психопатия» связано с западноевропейской и отечественной психиатрической традициями, в рамках которых это понятие имело широкое значение и служило для обозначения группы различных РЛ. Таким образом, источником формирования научных представлений о ДРЛ являлись два различных концептуальных подхода к феномену психопатии.

В 1933 г. П. Б. Ганнушкиным была опубликована фундаментальная работа «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», в которой впервые в истории отечественной психиатрии была описана группа антисоциальных психопатов [1]. У антисоциальных психопатов, по мнению П. Б. Ганнушкина, наблюдались следующие черты: выраженный моральный дефект, эмоциональная тупость, преобладание инстинктов (любовь к чувственным наслаждениям), выраженный эгоцентризм, жестокость (обнаруживаемая с детства склонность мучить животных), лживость, демонстративность, лень, вспыльчивость, мстительность, сохранный интеллект. Часть антисоциальных психопатов из высших материально обеспеченных слоев общества удерживается в системе социального общежития и избегает криминального поведения для удовлетворения жажды наслаждений [1]. В то же

время П. Б. Ганнушкин понимал антисоциальную психопатию не как особую форму конституциональной психопатии, а лишь как вариант «развития» различных конституциональных форм. В 1927 г. А. К. Ленц, желая подчеркнуть происхождение нарушений, характерных для психопатии, влиянием неблагоприятных социальных условий, впервые использовал термин «социопатия» [3; 9; 12]. Сосуществование в психиатрической практике терминов «психопатия» и «социопатия» было связано с пониманием того, что развитие психопатии происходит под влиянием конституциональных (биологических) и социально неблагоприятных факторов, а также отражает имплицитные научные представления о различных вариантах психопатии.

Британский психиатр Д. Хендерсон в 1939 г. в книге «Psychopathic States» использовал понятие «психопатия» для описания лиц с нормальным интеллектом, у которых с раннего возраста наблюдаются антисоциальные и/или асоциальные образцы поведения, эмоциональная нестабильность, личностная незрелость, трудности адаптации и неспособность учиться на собственном опыте [2; 3; 13; 14; 15]. Американским психиатром Х. Клекли в книге «The Mask of Sanity», изданной в 1941 г., впервые было представлено системное исследование феномена психопатии. Х. Клекли были описаны следующие 16 признаков, необходимых для диагностики психопатии: 1) поверхностное очарование и хороший интеллект; 2) отсутствие психотических нарушений; 3) отсутствие нервозности или невротических проявлений; 4) ненадежность; 5) лживость и неискренность; 6) отсутствие угрызений совести и чувства стыда; 7) недостаточно мотивированное антиобщественное поведение; 8) недальновидность (недостаточность прогноза) и неумение учиться на опыте; 9) патологический эгоцентризм и неспособность любить (психопат неспособен к привязанности); 10) общее недоразвитие основных эмоциональных реакций; 11) специфическая утрата понимания (проблема понимания самого себя как источника проблем); 12) неустойчивость межличностных отношений; 13) употребление спиртных напитков (алкоголь облегчает психопатическую экспрессию); 14) редкость самоубийств (недостаток чувств является иммунитетом против самоубийства у психопатов); 15) тривиальная, безличная и неинтегрированная сексуальная жизнь; 16) отсутствие определенных жизненных целей [16]. Х. Клекли указывал на то, что психопатия, являясь самостоятельным психическим расстройством, представляет серьезную психопатологическую проблему, скрытую за «маской здравомыслия» [16]. Антисоциальное расстройство личности (далее – АРЛ) ученый рассматривал в качестве разновидности психопатии. Между психопатией и АРЛ существует лишь частичное совпадение. Х. Клекли возражал против отождествления психопатов и преступников, исходя из того, что поведение преступников без психопатии является более рациональным и последовательным. Кроме того, большинство лиц с психопатией избегает

столкновений с законом. Описанные им признаки психопатии были частично использованы в ходе операционализации диагностических критериев АРЛ в DSM-IV-TR и ДРЛ в МКБ-10 и в более ранних версиях указанных классификаций [13]. Б. Карпмен в 1946–1955 гг. предлагал заменить термин «психопатия» термином «анэтопатия», который в большей степени отражал суть психических нарушений, наблюдаемых при психопатии. Лиц с анэтопатией он характеризовал как неспособных формировать этические чувства, бездушных, беззаботных, имеющих недоразвитие либо отсутствие высших эмоций, неспособных испытывать чувство вины, демонстрирующих инстинктивность поведения, импульсивных, нежелающих считаться с внешними социальными условиями, резистентных к терапии и пенитенциарным мерам [9; 11; 17]. Он считал анэтопатию самостоятельным психическим расстройством и выделял две его разновидности: «агрессивно-хищнический» и «пассивно-паразитический» типы [9].

В 1952 г. К. Шнайдер предложил найти надлежащую замену термину «психопатия», который, по его мнению, «морально устарел и отживает свой век» [18]. Критикуя существующие классификации психопатий, он отмечал, что они основаны на выделении одной из наиболее ярких черт в определенном типе психопатии. Вследствие этого любая классификация является условной и бессистемной [18]. Различные типы психопатий представляют собой лишь количественное отклонение от средней личностной нормы. В своей условной и бессистемной классификационной схеме он наряду с другими типами психопатий выделяет бесчувственных психопатов, обладающих следующими признаками: не испытывают сострадания и чувства вины, инстинктивны и грубы в поступках, неисправимы и невоспитуемы. К. Шнайдер подчеркивает, что среди бесчувственных психопатов встречаются как преступники, так и социально черствые люди, «идушие по трупам» [18]. Сходных взглядов на проблему психопатии придерживался и К. Ясперс, который считал, что существующие критерии «личностной аномальности» (психопатии), которая является отклонением от средней нормы, не позволяют определить того, чем является полноценная норма [19]. Количество вариантов личностной аномальности является бесконечным и доступно лишь интуитивному постижению. Феноменология бесчувственных психопатов у К. Ясперса совпадает с описанием, данным этому типу у К. Шнайдера. К. Ясперс утверждает, что аномальность бесчувственных психопатов связана со сферой чувств и инстинктивных влечений. Бесчувственные психопаты являются врожденными преступниками, которые пренебрегают социальными нормами и получают удовольствие от совершения преступлений. При одном и том же психическом расстройстве люди ведут себя по-разному. Он считал, что личностные аномальности в большинстве случаев асоциальны и лишь некоторые из них являются антисоциальными [19].

В DSM-I (1952) произошла замена термина «психопатия» на термин «социопатия», а в DSM-III (1980) термин «социопатия» был заменен термином «антисоциальная личность» [16; 20; 21]. По замыслу разработчиков DSM-III такое изменение в номенклатуре было направлено на устранение стигматизирующего значения прежних терминов. Канадский психолог Р. Д. Хаэр в 1970-х гг., основываясь на концепции психопатии Х. Клекли, дополнил и расширил описание психопатии до 20 признаков. Согласно Р. Д. Хаэру, психопатия является специфическим РЛ, которому присущи следующие черты: 1) словоохотливость и поверхностный шарм; 2) грандиозное чувство собственного достоинства; 3) потребность в стимуляции и подверженность скуке; 4) патологическая лживость; 5) хитрость и манипулятивность; 6) отсутствие угрызений совести и чувства вины; 7) поверхностность эмоций; 8) черствость и отсутствие эмпатии; 9) паразитический образ жизни; 10) слабый поведенческий контроль; 11) промискуитетное сексуальное поведение; 12) нарушения поведения в детском возрасте; 13) отсутствие реалистичных и долгосрочных целей; 14) импульсивность; 15) ненадежность; 16) безответственность; 17) множество краткосрочных браков; 18) юношеская делинквентность; 19) отмена условно-досрочного освобождения; 20) криминальная универсальность [20; 22; 23]. Р. Д. Хаэр указывал, что психопатия является синдромом, для диагностики которого необходимо наличие всех описанных признаков, а не отдельных проявлений. Первая модель психопатии, предложенная Р. Д. Хаэром (1980), являлась «двухфакторной», поскольку все признаки психопатии путем факторизации были разделены на две группы. «Фактор 1» описывал нарушения в сфере эмоций и межличностных отношений, а «фактор 2» охватывал нарушения, связанные с социальным поведением [20; 22; 23]. Через некоторое время (1991) в качестве наиболее адекватной для описания психопатии им была признана «трехфакторная» модель. «Фактор 1» отражал нарушения в сфере эмоций, «фактор 2» – в сфере межличностных отношений и «фактор 3» – в сфере социального поведения [20; 22; 23]. В 2000-х гг. распространение получила «четырефакторная» модель психопатии, в которой «фактор 3», связанный с нарушением социального поведения, был разделен на фактор, отражающий стиль жизни, и фактор, описывающий антисоциальное поведение. Все три факторные модели активно используются англо-американскими исследователями психопатии и АРЛ. Р. Д. Хаэр проводил различие между такими феноменологически близкими понятиями, как «психопатия», «социопатия» и «антисоциальное расстройство личности». Различие между психопатией и социопатией, по его мнению, заключается в том, что в развитии психопатии ведущую роль играют биологические условия, а в формировании социопатии – социальные [20]. АРЛ, являясь продуктом классификационного подхода, совпадает с психопатией и социопатией в поведенческом аспекте. Критерии

диагностики АРЛ представляют собой результат операционализации второго фактора в «двухфакторной» модели Р. Д. Хаэра с частичным привлечением некоторых признаков из первого фактора [21]. В 1980 г. Р. Д. Хаэром был создан инструмент для оценки психопатии – «контрольный перечень психопатии» (PCL), ревизированный в 1991 г. (PCL-R) [20; 22]. Позднее на основе контрольного перечня психопатии были созданы его скрининговая версия (PCL:SV) и молодежная версия (PCL:YV) [22]. Контрольный перечень психопатии зарекомендовал себя как надежный инструмент для диагностики психопатии.

В психодинамических концепциях термины «психопатия», «социопатия», «антисоциальное расстройство личности» и «диссоциальное расстройство личности» иногда используются в качестве синонимов [24]. Н. Мак-Вильямс указывает: у лиц с АРЛ наблюдается дефект Супер-Эго, недостаточная интернализация хороших объектов, наличие примитивной зависти (желания разрушить все, что является желанным), неспособность к формированию привязанности и использование примитивных защитных механизмов. Основной организующий принцип поведения психопата заключается в стремлении манипулировать окружающими. У лиц с АРЛ имеется проблема в выражении и прогнозировании собственных эмоций. В качестве защитных механизмов используются всемогущий контроль, проективная идентификация, диссоциация и отыгрывание вовне. Согласно О. Ф. Кернбергу, у многих пациентов наблюдается сочетание черт АРЛ и нарциссического расстройства личности [25]. Пациенты с АРЛ имеют тяжелую патологию Супер-Эго [25]. АРЛ представляет собой континуум, на одном конце которого находятся психопаты, ведущие паразитический образ жизни, а на другом – садистические преступники [25]. Психопатия также рассматривается как тяжелый вариант нарциссического расстройства личности [26].

Представители когнитивного подхода А. Бек и А. Фримен считают, что основным нарушением у лиц с АРЛ является использование определенных когнитивных «схем» (правил, управляющих обработкой информации) [27]. Конкретная личностная черта является конгломератом схем и стратегией поведения. Основное дезадаптивное убеждение при АРЛ заключается в том, что людьми можно овладеть («Я должен быть на чеку», «Я должен быть агрессором, иначе я буду жертвой»), а основная стратегия – нападение [27]. АРЛ характеризуется такими паттернами поведения, как соперничество, независимость, эксплуатирование и хищный образ жизни [27].

Особое понимание психопатии сложилось в законодательной системе Англии («Закон о психическом здоровье 1983 года»), где термин «психопатическое расстройство» охватывает различные по своей нозологической принадлежности психопатологические состояния, приводящие к аномальному агрессивному или выраженному безответственному поведению [28].

В классификационной системе DSM-IV-TR (2000), разработанной Американской психиатрической ассоциацией, для диагностики АРЛ используются следующие признаки: 1) неспособность соблюдать принятые в обществе нормы поведения и вести себя в соответствии с законом; 2) склонность ко лжи; 3) импульсивность поступков; 4) раздражительность и агрессивность; 5) безрассудное игнорирование личной безопасности или безопасности окружающих; 6) безответственное отношение к своим обязанностям; 7) неспособность к сочувствию. При этом для постановки диагноза АРЛ достаточно наличия лишь трех признаков из семи [29; 30; 31]. В МКБ-10 используется термин «диссоциальное расстройство личности». Критериями диагностики ДРЛ являются следующие признаки: 1) черствость и равнодушие; 2) безответственность и постоянное пренебрежение социальными нормами; 3) неспособность поддерживать прочные и длительные взаимоотношения при отсутствии затруднений в установлении контактов; 4) низкая фрустрационная толерантность и порог проявления агрессивных импульсов (возможность физического насилия); 5) неспособность испытывать чувство вины и извлекать урок из негативного опыта; 6) склонность к внешнеобвиняющим реакциям и благовидному объяснению собственного поведения, приводящего к конфликту с обществом. Для диагностики ДРЛ достаточно наличия трех признаков из шести [32].

Между критериями АРЛ в DSM-IV-TR и ДРЛ в МКБ-10 существует неполное совпадение. Так, в МКБ-10 в перечень симптомов, используемых для диагностики ДРЛ, не были включены: импульсивность поведения и безрассудное игнорирование личной безопасности или безопасности окружающих, наблюдаемое у лиц с АРЛ. В то время как при диагностике АРЛ в DSM-IV-TR не используются такие признаки ДРЛ, как неспособность поддерживать прочные и длительные взаимоотношения при отсутствии затруднений в установлении контактов и неспособность испытывать чувство вины и извлекать урок из негативного опыта. Несмотря на феноменологические различия, АРЛ и ДРЛ являются клинически сходными состояниями, в которых отражен «фактор 2» и отдельные признаки из «фактора 1» из «двухфакторной модели» психопатии. Алгоритм постановки диагнозов АРЛ и ДРЛ, заключающийся в идентификации лишь части признаков из всего перечня возможных проявлений, имплицитно выражает континуальный подход в понимании АРЛ и ДРЛ.

Главной особенностью отечественной психиатрии со времен П. Б. Ганнушкина и до внедрения в практику психиатрической диагностики МКБ-10 являлось отсутствие прототипов ДРЛ в общепринятых классификационных схемах. Существование феномена «психопатии» в узком значении этого понятия на протяжении длительного времени подвергалось сомнению и критике. На сегодняшний момент можно говорить лишь о формальном при-

знании за ДРЛ статуса нозологической единицы. А. Б. Смулевич вслед за П. Б. Ганнушкиным считает, что ДРЛ является лишь вариантом динамики различных личностных расстройств, а не самостоятельной нозологической единицей [4]. Некоторые из отечественных психиатров указывают на клиническое сходство эмоционально-неустойчивого (импульсивный тип) расстройства личности и ДРЛ, а также на трудности дифференциальной диагностики, возникающие при их разграничении [31; 33; 34]. Е. Г. Дозорцева, Р. М. Масагутов, И. Ф. Обросов и Ю. В. Попов указывали на близость клинических проявлений ДРЛ и неустойчивого варианта психопатии [14; 35; 36; 37; 38; 39; 40]. В. Я. Гиндикин высказал предположение, что ДРЛ представляет собой гебоидное расстройство личности [41].

Некоторыми из зарубежных исследователей РЛ отрицается даже возможность существования АРЛ и ДРЛ [21; 42; 43; 44; 45]. Р. Блэкберн, П. Моран, Д. Свракич, К. Мак-Каллум считают АРЛ и ДРЛ «мифическими нозологическими единицами» и предлагают отказаться от их использования в психиатрической практике, поскольку антисоциальное поведение, составляющее основное проявление этих расстройств личности, легко идентифицируется и наблюдается при различных РЛ.

Таким образом, в настоящее время в зарубежной и отечественной психиатрии можно выделить пять основных подходов к пониманию феномена ДРЛ: 1) *Классический подход*. Его центральным понятием является психопатия, описание которой было дано в работах Х. Клекли и Р. Д. Хаэра; 2) *Классификационный подход*. Он представлен в DSM-IV-TR и МКБ-10 и связан с операционализацией признаков психопатии; 3) *Правовой подход*. Согласно ему психопатическое расстройство является юридическим понятием и охватывает различные по нозологической принадлежности психические расстройства; 4) *Адаптационный подход*. Наиболее полно представлен в отечественной психиатрии и связан с поиском аналогов ДРЛ среди различных вариантов РЛ; 5) *Нигилистический подход*. Его представители отрицают существование такой нозологической единицы, как ДРЛ.

Различия, существующие в научном понимании феномена ДРЛ, являются одним из факторов, препятствующих точной оценке масштабов его распространенности в популяции, среди мужской и женской части населения, различных этнических и социальных групп. Вторая проблема, с которой приходится сталкиваться большинству исследователей ДРЛ при оценке его эпидемиологии, – редкая обращаемость пациентов с ДРЛ за психиатрической помощью. Лица с ДРЛ вследствие эгосинтонности своего состояния обращаются к специалистам в области психического здоровья только при наличии сопутствующих психических расстройств (синдром зависимости от психоактивных веществ, аффективные расстройства, суицидальное поведение и т. п.) и в связи с противоправным поведением. Следствием этого яв-

ляется недостаточный учет уровня распространенности ДРЛ в популяции. Третьей проблемой является гипердиагностика ДРЛ в пенитенциарных учреждениях. По данным Р. Д. Хаэра, психопатия встречается примерно у 1 % населения [20; 23]. Данные о распространенности психопатии среди мужчин и женщин отсутствуют в доступной для анализа литературе. Известно лишь, что среди мужчин психопатия встречается значительно чаще. Среди лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях, частота встречаемости психопатии существенно возрастает и колеблется в пределах от 15 до 30 % [20; 46; 47]. Согласно данным различных эпидемиологических исследований, распространенность ДРЛ в популяции варьирует от 0,5 до 9,4 % [44]. При этом средний уровень распространенности ДРЛ в популяции составляет 4 %. Частота встречаемости ДРЛ среди мужчин колеблется от 3 до 4,5 %, а среди женщин – от 0,8 до 1 % [44; 48]. Соотношение мужчин и женщин, обнаруживающих признаки ДРЛ, находится в пределах от 2 : 1 до 7 : 1 [26]. ДРЛ в большей степени распространено среди лиц в возрасте около 45 лет, проживающих в городе и не имеющих высшего образования [44]. При ДРЛ в 94 % случаев наблюдались затруднения при трудоустройстве и в 67 % – серьезные проблемы в семейных отношениях [44]. Численность лиц с ДРЛ среди контингента пенитенциарных учреждений находится в пределах от 50 до 80 % [20; 46; 49]. Имеются данные о том, что после 40 лет происходит «выгорание» (постепенное ослабление) основных проявлений психопатии и ДРЛ, что, в свою очередь, сказывается на эпидемиологических данных [14; 15; 20; 23; 50; 51].

При оценке эффективности лечения психопатии, АРЛ и ДРЛ подавляющее большинство ученых сходятся во взглядах, признавая ее крайне низкой [20; 25; 50; 51]. В отдельных исследованиях были получены данные, свидетельствующие о том, что психотерапия приводит лишь к усовершенствованию манипулятивного поведения психопатов [20; 52]. В единичных сообщениях отмечается возможность успешного применения методов когнитивной и экзистенциальной психотерапии к лицам с ДРЛ [27; 53]. Отсутствие эффективных методов коррекции и терапии ДРЛ представляет собой серьезную проблему в сфере оказания психиатрической помощи.

Отдельную область исследования ДРЛ составляет выявление факторов возникновения и развития ДРЛ. Несмотря на то что их изучению отводится значительное место в научных исследованиях, до сих пор не существует однозначного решения вопроса о механизмах формирования и развития ДРЛ. В работах конца XIX и начала XX в. ведущая роль в развитии психопатии (в узком значении) отводилась конституциональным факторам [1; 3; 6; 16]. Считалось, что психопатия является наследственным и врожденным психическим расстройством, возникающим в результате дегенеративных процессов. Социальная среда понималась как фон, на котором проявляется наследственная структура психопатии. По мере развития учения о психопатии

накапливались данные о роли социальных факторов в ее развитии. В связи с этим даже было предложено использовать понятие «социопатия», которое отражало значение социальных условий в происхождении психопатии [3; 16; 20]. Использование термина «социопатия» наряду с понятием «психопатия» привело к формированию и закреплению представлений, существующих до настоящего времени, о том, что в развитии социопатии ведущую роль играют социальные факторы, а психопатии – конституциональные. В конце XX в. среди большинства отечественных и зарубежных исследователей получила распространение гипотеза о полиэтиологичности детерминации ДРЛ. Современные исследования направлены не на поиск детерминант (причин), которые обуславливают развитие ДРЛ, а на выявление предикторов (условий), увеличивающих риск возникновения ДРЛ. Предикторы различного уровня могут оказывать взаимопотенцирующее влияние в процессе формирования ДРЛ. В последнее время проводятся комплексные исследования предикторов и механизмов генотип-средового взаимодействия в развитии отдельных признаков ДРЛ [54; 55; 56]. Определенная часть научных исследований связана с изучением траектории развития ДРЛ [57; 58; 59].

В многочисленных исследованиях были получены данные, свидетельствующие о том, что у лиц с ДРЛ обнаруживаются специфические изменения морфологического (незрелость лобных структур головного мозга) и нейрохимического (дисбаланс нейромедиаторов) характера в головном мозге [58; 60; 61; 62; 63]. Лица с ДРЛ нередко являются выходцами из социально неблагополучных семей, имеют психопатологический отягощенный анамнез (наличие зависимости от алкоголя и расстройства личности у одного или обоих родителей) и переживали опыт насилия (физического, сексуального и психологического) в раннем детстве [58; 64]. Определенную роль в становлении данной психической аномалии играют такие стили семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение и отсутствие последовательности в воспитательных воздействиях [12; 36; 58; 64; 65]. Лица с ДРЛ нередко переживают эмоциональную депривацию, в результате которой фрустрированными оказываются эмоциональные и биологические потребности ребенка [58]. По данным Дж. Куртис, К. Селен, Л. Сильвер развитие ДРЛ связано с «синдромом избиваемого ребенка». В семьях лиц с ДРЛ наблюдается жестокое физическое обращение и сексуальное злоупотребление [58]. Жестокое воспитание встречается в 51,8 % [39]. Вопрос о механизмах становления и развития ДРЛ является одной из актуальных исследовательских задач, решение которой окажет влияние на выбор методов его профилактики и коррекции и характер экспертной оценки ДРЛ при производстве судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз.

Помимо вопросов, связанных с пониманием сущности ДРЛ, масштабов его распространенности и ключевых предикторов, исследователей всегда интересовала связь ДРЛ с криминальным поведением. На первых этапах

развития учения о психопатии криминальность рассматривалась в качестве облигатного признака ДРЛ. Такое понимание взаимосвязи, существующей между ДРЛ и криминальным поведением, привело к отождествлению преступности и психического расстройства и появлению понятия «патологический преступник». В дальнейшем такие взгляды подвергались неоднократной критике [66]. Сегодня связь ДРЛ с преступным поведением рассматривается в качестве вероятностной, т. е. при ДРЛ лишь повышается риск совершения различных криминальных действий, но не предопределяется однозначно [66]. По данным Х. Клекли и Р. Д. Хаэра, преступность психопатов отличается ранним началом, высоким разнообразием и рецидивностью [16; 20]. Сведения о структуре и характере криминальной активности у лиц с ДРЛ являются неоднозначными. Согласно одним исследованиям лица с ДРЛ в большей мере склонны к совершению преступлений, направленных против жизни и здоровья личности [33; 34; 67]. При этом указывается, что агрессия психопатов носит инструментальный характер, а у лиц с ДРЛ – реактивный характер [68; 69]. Также имеются данные, свидетельствующие о том, что преступность психопатов и лиц с ДРЛ является полиморфной [16; 17; 20]. В исследовании И. Ф. Обросова было показано, что большая часть преступлений совершается лицами с ДРЛ в состоянии острой алкогольной интоксикации. Структура криминальной активности при ДРЛ включала: убийства (30,5 %), нанесение телесных повреждений (27,7 %), сексуальные преступления (27,0 %), грабежи и разбойные нападения (46,5 %) [39]. Рецидивность правонарушений при ДРЛ составляет 80,5 % [39]. Возможно, такое расхождение в оценках структуры и характера криминальной активности связано с существованием разновидностей ДРЛ с преимущественно насильственной и ненасильственной формами криминального поведения. Это предположение нуждается в эмпирической проверке.

Проблема судебно-психиатрической и комплексной психолого-психиатрической оценки ДРЛ завершает рассмотрение намеченного в начале сообщения круга дискуссионных вопросов. Согласно сложившейся в настоящее время мировой судебно-психиатрической практике, лица с ДРЛ в подавляющем большинстве случаев признаются вменяемыми в отношении совершаемых ими правонарушений. Правовая норма, ограничивающая степень вменения, также редко применяется в отношении таких лиц. Подобная практика судебно-психиатрической оценки лиц с ДРЛ может объясняться следующими причинами: 1) отсутствием грубых (достигающих психотического уровня) психических расстройств; 2) недостаточным учетом характера и уровня психических нарушений, проявляющимся в отождествлении лиц с ДРЛ с преступниками без психических аномалий; 3) отсутствием эффективных методов профилактики и коррекции ДРЛ; 4) высоким уровнем рецидивности криминального поведения. Одним из следствий такого подхода к судебно-психиатрической оценке лиц с ДРЛ может являться рост рецидивной

преступности, связанный с усилением личностной деформации в условиях пенитенциарных учреждений [70]. В связи с этим актуальная задача – выработка научно обоснованных критериев экспертной оценки психического состояния лиц с ДРЛ при производстве судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз.

Библиографические ссылки

1. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды / под ред. О. В. Кербикова. – Ростов н/Д : Феникс, 1998.
2. Голубева, Н. И., Голубев, С. Ю. Диссоциальное расстройство личности : история и современные представления (краткий обзор) // Вестн. БПА. – 2004. – № 1. – С. 64–71.
3. Руководство по психиатрии : в 2 т. / А. В. Снежневский [и др.] ; под ред. А. В. Снежневского [и др.]. – М. : Медицина, 1983 – Т. 2.
4. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. – М. : Мед. информ. агенство, 2007.
5. Ковалев, В. В. Гебоидный синдром // Психиатрия детского возраста : руководство для врачей. – М., 1979. – С. 77–83.
6. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / пер. с нем. С. А. Овсянникова. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004.
7. Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002.
8. Балабанова, Л. М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений). – Д. : Сталкер, 1998.
9. Кербиков, О. В. Избранные труды. – М. : Медицина, 1971.
10. Клиника некоторых вариантов динамики психопатий / А. Г. Наку [и др.]. – Кисинев : Штиинца, 1980.
11. Шостакович, Б. В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. – М. : МБА, 2006.
12. Гурьева, В. А., Гиндикин, В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. – М. : Медицина, 1980.
13. Голубева, Н. И., Голубев, С. Ю. Диссоциальное расстройство личности : краткий обзор // материалы съездов, международных симпозиумов, научно-практических конференций : в 2 т. Материалы 2-го съезда Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь, 7–9 сент. 2004 г., Гомель / сост. С. Р. Боровко [и др.] ; под ред. Ю. А. Гусакова. – Минск : Медисонт, 2005. – Т. 1. – С. 188–196.
14. Семке, В. Я. Основы персонологии. – М. : Академический Проект, 2001.
15. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В. Я. Семке [и др.]. – М. : Медицина, 2006.
16. Cleckley, H. M. The Mask of Sanity. – St Louis : C. V. Mosby Co., 1976.
17. Blackburn, R. Other Theoretical Models of Psychopathy // Handbook of psychopathy / edited by C. J. Patrick. – New York : The Guilford Press, 2006. – P. 35–57.
18. Шнайдер, К. Клиническая психопатология / пер. с англ. Н. Комарова. – К. : Сфера, 1999.
19. Ясперс, К. Общая психопатология / пер. с нем. В. Ф. Войцех, О. Ю. Бойцова. – М. : Практика, 1997.

20. *Хаэзр, Р. Д.* Лишенные совести / пер. с англ. Б. Л. Глушак. – М. : 2007.
21. *Moran, P.* The epidemiology of antisocial personality disorder // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1999. – Vol. 34, № 5. – P. 231–242.
22. *Hare, R. D., Neumann, C. S.* The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development, Structural Properties, and New Directions // *Handbook of psychopathy* / edited by C. J. Patrick. – New York : The Guilford Press, 2006. – P. 58–88.
23. *Hare, R. D.* Psychopathy as a Risk Factor for Violence // *Psychiatric Quarterly*. – 1999. – Vol. 70, № 3. – P. 181–197.
24. *Мак-Вильямс, Н.* Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. М. В. Глущенко [и др.]. – М. : Класс, 2001.
25. *Кернберг, О. Ф.* Тяжелые личностные расстройства : Стратегии психотерапии / пер. с англ. М. И. Завалова. – М. : Класс, 2000.
26. *Ставро, М.* Психодинамические модели в психиатрии / пер. с нем. Э. Л. Гушанского. – М. : Алетея, 2001.
27. Когнитивная психотерапия личностных расстройств / под ред. А. Бека, А. Фримена / пер. с англ. С. Комаров. – СПб. : Питер, 2002.
28. *Стоун, Дж. Х.* Основы судебной психиатрии : учебник Фолка / пер. с англ. С. Полубинская. – К. : Сфера, 2008.
29. *Дмитриева, Т. Б.* Судебная психиатрия : учеб. пособие. – М. : Мед. информ. агентство, 2008.
30. *Каплан, Г. И., Сэдок, Б. Дж.* Клиническая психиатрия : из синописа по психиатрии; под ред. Т. Б. Дмитриевой / пер. с англ. Р. Г. Акжигитов, В. В. Золотухин. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1999.
31. *Шостакович, Б. В.* Расстройства личности – психопатии в современной американской классификации DSM-IV // *Рос. психиатр. журн.* – 1997. – № 2. – С. 56–60.
32. Карманное руководство к МКБ-10 : Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). – Киев : Сфера, 2000.
33. Агрессия и психические расстройства : в 2 т. / Т. Б. Дмитриева [и др.] ; под ред. Т. Б. Дмитриевой [и др.]. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006. – Т. 1.
34. *Горинов, В. В., Нохуров, Б. А.* Диссоциальное расстройство личности, критерии диагностики, судебно-психиатрическая оценка // *Рос. психиатр. журн.* – 2004. – № 5. – С. 57–61.
35. *Дозорцева, Е. Г.* Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением : методология психологического исследования и практики // *Рос. психиатр. журн.* – 2000. – № 2. – С. 19–31.
36. *Дозорцева, Е. Г.* Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004.
37. Особенности агрессии наркозависимых заключенных мужчин / Р. М. Масагутов [и др.] // *Наркология*. – 2006. – № 1. – С. 66–68.
38. *Обросов, И. Ф.* Особенности клиники и динамики диссоциальных расстройств личности у осужденных в местах лишения свободы // *Рос. психиатр. журн.* – 2004. – № 4. – С. 34–39.

39. *Обросов, И. Ф.* Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальные аспекты) : дис. ... докт. мед. наук : 14.00.18 ; Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. – М., 2004.
40. *Попов, Ю. В.* Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 2. – С. 5–15.
41. *Гиндикин, В. Я., Гурьева, В. А.* Личностная патология. – М. : Триада-Х, 1999.
42. *Горшков, И. В., Горинов, В. В.* Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) // Рос. психиатр. журн. – 1998. – № 5. – С. 68–73.
43. *Хвостова, И. И.* Диссоциальное расстройство личности – «мифическая нозологическая единица»? // Мед. панорама. – 2004. – № 11. – С. 22–23.
44. *De Girolamo, G.* Расстройства личности / G. de Girolamo, J. H. Reich / пер. с англ. Р. Г. Акжигитова. – Женева : ВОЗ, 1995.
45. *Walters, G. D.* Predicting institutional adjustment and recidivism with the psychopathy checklist factor scores : a meta-analysis // Law and Human Behavior. – 2003. – Vol. 27, № 5. – P. 541–558.
46. *Morse, S. J.* Psychopathy and Criminal Responsibility // Neuroethics. – 2008. – Vol. 1, № 3. – P. 205–212.
47. *Stone, M. H.* Violent crimes and their relationship to personality disorders // Personality and Mental Health. – 2007. – Vol. 1, № 2. – P. 138–153.
48. *Roth, W. E., Finley, G. E.* Adoption and Antisocial Personality : Genetic and Environmental Factors Associated with Antisocial Outcomes // Child and Adolescent Social Work Journal. – 1998. – Vol. 15, № 2. – P. 133–149.
49. Violent Offenses Associated with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Problems : Evidence from CJDATS / S. Sacks [et al.] // Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law. – 2009. – Vol. 27, № 1. – P. 51–69.
50. *Джекобсон, Дж. Л., Джекобсон, А. М.* Секреты психиатрии / пер. с англ. Е. Г. Гальцев, И. В. Сумароков. – М. : МЕДпресс-информ, 2007.
51. *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2005.
52. *Viding, E.* Annotation: Understanding the development of psychopathy // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Vol. 45, № 8. – P. 1329–1337.
53. *Martens, W. H. J.* Spiritual Psychotherapy for Antisocial and Psychopathic Personalities: Some Theoretical Building Blocks // Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2003. – Vol. 33, № 3. – P. 205–218.
54. The Association between Anxiety and Psychopathy Dimensions in Children / P. J. Frick [et al.] // Journal of Abnormal Child Psychology. – 1999. – Vol. 27, № 5. – P. 383–392.
55. Aggression as a mediator of genetic contributions to the association between negative parent-child relationships and adolescent antisocial behavior / J. Narusyte [et al.] // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. – 2007. – Vol. 16, № 2. – P. 128–137.

56. Genetic and environmental influences on psychopathy trait dimensions in a community sample of male twins / J. Taylor [et al.] // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2003. – Vol. 31, № 6. – P. 633–645.
57. Гудман, Р., Скотт, С. Детская психиатрия / пер. с англ. Е. Р. Слабодской. – М. : Триада-Х, 2008.
58. Хилл, Дж., Моэн, Б. Расстройства поведения детского и подросткового возраста; под ред. Дж. Хилла, Б. Моэн / пер. с англ. О. Абессонова [и др.]. – Киев : Сфера, 2006.
59. Salekin, R. T., Frick, P. J. Psychopathy in children and adolescents : the need for a developmental perspective // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2005. – Vol. 33, № 4. – P. 403–409.
60. Алфимова, М. В., Трубников, В. И. Генные основы темперамента и личности // *Вопр. психологии*. – 2000. – № 2. – С. 128–139.
61. Психометрическая оценка свойств темперамента при расстройствах личности возбуждимого и тормозимого типа / О. И. Иващенко [и др.] // *Рос. психiatr. журн.* – 1997. – № 3. – С. 26–30.
62. Аномальная психология / Р. Карсон [и др.] / пер. с англ. Б. В. Овчинникова. – СПб. : Питер, 2004.
63. Щербаков, М. Злобный мозг // *Семья и школа*. 2002. – № 10. – С. 30–31.
64. Горьковая, И. А. Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков // *Психол. журн.* – 1994. – Т. 15, № 2. – С. 57–65.
65. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Ленинград : Медицина, 1983.
66. Антоная, Ю. М., Гульдман, В. В. Криминальная патопсихология. – М. : Наука, 1991.
67. Оксфордское руководство по психиатрии: в 2 т. / М. Гельдер [и др.] / пер. с англ. Т. Кучинская, Н. Полищук. – Киев : Сфера, 1999. – Т. 2.
68. Glannon, W. Moral Responsibility and the Psychopath // *Neuroethics*. – 2008. – Vol. 1, № 3. – P. 158–166.
69. Types of Aggression, Responsiveness to Provocation, and Callous-unemotional Traits in Detained Adolescents / L. C. Muñoz [et al.] // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2008. – Vol. 36, № 1. – P. 15–28.
70. Обросов, И. Ф. Влияние криминальной деформации на клиническое оформление расстройств личности у осужденных в местах лишения свободы // *Рос. психiatr. журн.* – 2003. – № 1. – С. 49–53.

Семенов Владимир Николаевич, аспирант кафедры психологии факультета философии и социальных наук БГУ, эксперт-психолог Государственной службы медицинских судебных экспертиз.

Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор заведующий кафедрой психологии факультета философии и социальных наук БГУ И. А. Фурманов.